Mutterpass

Nach Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sowie Ärzten und Krankenkassen
HINWEISE FÜR DIE SCHWANGERE


Voraussetzung dafür ist jedoch Ihre regelmäßige Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen!

Die in Ihrem Mutterpass aufgeführten Untersuchungen dienen der Gesunderhaltung von Mutter und Kind und entsprechen langjähriger geburtshilflicher Erfahrung und modernen medizinischen Erkenntnissen.


Der Mutterpass ist Ihr persönliches Dokument. Sie allein entscheiden darüber, womit er zugänglich gemacht werden soll. Andere (z.B. Arbeitgeber, Behörden) dürfen eine Einsichtnahme nicht verlangen.

Bitte:
● Nutzen Sie die Ihnen gebotenen Möglichkeiten, um sich und Ihrem Kind Sicherheit zu verschaffen!
● Vergessen Sie nicht, dieses Heft zu jeder ärztlichen Untersuchung während der Schwangerschaft, zur Entbindung und zur Untersuchung des Kindes mitzubringen!
● Lassen Sie sich helfen, wenn Sie Sorgen haben!
● Beraten Sie sich mit Ihrem Arzt und befolgen Sie seine Ratschläge!
Stempel des Arztes/der Klinik/der mitbetreuenden Hebamme

1

2

3

4

Mein nächster Untersuchungstermin:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tag</th>
<th>Uhrzeit</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tag</th>
<th>Uhrzeit</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Name: ___________________________ geb. am: ___________________________

Wohnort: ___________________________

Bei Namensänderung:

Name: ___________________________

Wohnort: ___________________________

Laboruntersuchungen und Rötelnenschutz

Blutgruppenzugehörigkeit

ABO

RhD-Status der Schwangeren, RhD-positiv/RhD-negativ *)

*) RhD-positiv bzw. RhD-negativ wörtlich eintragen

Antikörper-Suchtest

negativ ☐   positiv, Titer 1: __________

Datum der Untersuchung: ___________________________

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: ___________________________

Röteln-Impfung

Nachweis über zwei erfolgte Rötelnimpfungen liegt vor: ja ☐   nein ☐

Röteln-Antikörpertest

negativ ☐   positiv, Titer 1: __________

bzw. ☐ IE/ml: __________

Immunität anzunehmen ja ☐   nein ☐

Datum der Untersuchung: ___________________________

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: ___________________________

ggf. ergänzende serologische Untersuchungen: ___________________________

Influenza-Impfung in der Schwangerschaft ja ☐   nein ☐

Pertussis-Impfung in der Schwangerschaft ja ☐   nein ☐
<table>
<thead>
<tr>
<th>Test</th>
<th>Resultat</th>
<th>Titer</th>
<th>Datum der Untersuchung</th>
<th>Protokoll-Nr. des Laboratoriums</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nachweis von Chlamydia trachomatis-DNA aus einer Urinprobe mittels Nukleinsäure-amplifizierendem Test (NAT)</td>
<td>negativ</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LSR durchgeführt</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Stempel und Unterschrift des Arztes</td>
</tr>
<tr>
<td>am:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Protokoll-Nr.:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(ggf. Ergebnisse weiterer serologischer Untersuchungen siehe Seite 4)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Antikörper-Suchtest-Kontrolle</td>
<td>negativ</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>negativ</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>positiv, Titer 1:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Datum der Untersuchung:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Protokoll-Nr. des Laboratoriums:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Röteln-Antikörpertest-Kontrolle</td>
<td>negativ</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>negativ</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>positiv, Titer 1:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bzw. IE/ml:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Datum der Untersuchung:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Protokoll-Nr. des Laboratoriums:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nachweis von HBs-Antigen aus dem Serum</td>
<td>negativ</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>negativ</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>positiv</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Datum der Untersuchung:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Protokoll-Nr. des Laboratoriums:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ggf. ergänzende serologische Untersuchungen:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Bestimmung des fetalen RHD-Status bei RhD-negativen Schwangeren mittels NIPT-RHD

**RHD-Status des Feten, RHD-positiv/RHD-negativ *) / Kein Ergebnis**

*) RHD-positiv bzw. RHD-negativ wörtlich eintragen

---

Datum der Untersuchung: ___________________

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: ___________________

Stempel und Unterschrift des Arztes

---

**Angaben zu vorangegangenen Schwangerschaften**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Jahr</th>
<th>Ausgang der Schwangerschaften und Geburten (Spontangeburt, Sectio, vag. Operation, Abort, Abruptio, EU, Schwangerschaftsdauer in Wochen, Geburtsverlauf, Komplikationen, Kindsgewicht, Geschlecht):</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

**Beratung der Schwangeren**

a) Ernährung (u.a. Jodzufuhr), Medikamente, Genussmittel (Alkohol, Tabak und andere Drogen)  [ ]
b) Tätigkeit/Beruf, Sport, Reisen [ ]
c) Risikoberatung [ ]
d) Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik [ ]
e) Krebsfrüherkennungsuntersuchung [ ]
f) Zum HIV-Antikörpertest [ ]
   • HIV-Antikörpertest durchgeführt: ja [ ] nein [ ]
g) Zur Mundgesundheit [ ]
Alter ______ Jahre    Gewicht vor SS-Beginn ______ kg    Größe ______ cm
Gravida ______    Para ______

### A. Anamnese und allgemeine Befunde/Erste Vorsorge-Untersuchung

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>ja</th>
<th>nein</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>5. Frühere Bluttransfusionen</td>
<td>5.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8. Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangegangenen Schwangerschaften)</td>
<td>8.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10. Adipositas</td>
<td>10.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12. Skelettanomalien</td>
<td>12.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15. Vielgebärende (mehr als 4 Kinder)</td>
<td>15.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>22. Komplikationen post partum ggf. welche</td>
<td>22.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>25. Rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr)</td>
<td>25.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Nach ärztlicher Bewertung des Kataloges A liegt bei der Erstuntersuchung ein Schwangerschaftsrisiko vor

Besonderheiten

---

Vorabdruck nicht druckbar
B. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf

27. Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen, ggf. welche

28. Dauermedikation
29. Abusus
30. Besondere psychische Belastung
31. Besondere soziale Belastung
32. Blutungen vor der 28. SSW
33. Blutungen nach der 28. SSW
34. Placenta praevia
35. Mehrlingsschwangerschaft
36. Hydramnion
37. Oligohydramnion
38. Terminunklarheit
39. Placenta-Insuffizienz
40. Isthmozervikale Insuffizienz
41. Vorzeitige Wehentätigkeit
42. Anämie
43. Harnwegsinfektion
44. Indirekter Coombstest positiv
45. Risiko aus anderen serologischen Befunden
46. Hypertonie (Blutdruck über 140/90)
47. Pathologische Eiweißausscheidung
48. Mittelgradige – schwere Ödeme
49. Hypotonie
50. Gestationsdiabetes
51. Vortest durchgeführt: ja/nein auffällig: ja/nein
52. Einstellungsanomalie
53. Diagnostest durchgeführt: ja/nein auffällig: ja/nein
54. Andere Besonderheiten
55. ggf. welche

Terminbestimmung

Zyklus / Letzte Periode
Konzeptionstermin (soweit sicher):
Schwangerschaft festgestellt am: in der SSW
Berechneter Entbindungstermin:
Entbindungstermin (ggf. nach Verlauf korrigiert):

Kommentar
Voransicht nicht druckbar
Gravidogramm

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum</th>
<th>Schwangerenschwangerschaft</th>
<th>SSW ggf. Kort.</th>
<th>Fundusstand</th>
<th>Symphys</th>
<th>Fundusabstand</th>
<th>Kindslage</th>
<th>Herzlage</th>
<th>Kinderbewegung</th>
<th>Oedeme</th>
<th>Varizen</th>
<th>Gewicht</th>
<th>syst./diast.</th>
<th>RR</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Zweiter Ak-Suchtest (24.-27. SSW) am: _______
Anti-D-Prophylaxe (28.-30. SSW) am: _______
Untersuchung auf Hepatitis B (32.-40. SSW) am:

In der Entbindungsklinik vorgestellt am:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Urin</th>
<th>Zuckersuche</th>
<th>Vaginale Untersuchung</th>
<th>Sonstiges/Therapie/Maßnahmen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Besonderheiten zu den Katalogen A. und B.
(einschließlich veranlasster Maßnahmen)

---

### Stationäre Behandlung während der Schwangerschaft

<table>
<thead>
<tr>
<th>von/bis</th>
<th>Klinik</th>
<th>Diagnose</th>
<th>Therapie</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Cardiotokographische Befunde

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum</th>
<th>Rechn. SSW</th>
<th>Beurteilung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Notizen:
# ULTRASCHALL-

**Bemerkungen:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum</th>
<th>SSW (LR)</th>
<th>SSW korrigiert</th>
</tr>
</thead>
</table>

### I. Screening 8 + 0 bis 11 + 6 SSW

- Intrauteriner Sitz: ○ ja ○ nein
- Embryo darstellbar: ○ ja ○ nein
- Herzaktion: ○ ja ○ nein
- Mehrlinge: ○ nein ○ ja
- monochorial: ○ nein ○ ja
- Auffälligkeiten: ○ ja ○ nein ○ Kontrolle

### II. Screening 18 + 0 bis 21 + 6 SSW

**a)**

- Einling: ○ ja ○ nein
- Herzaktion: ○ ja ○ nein
- Plazentalok./-struktur: ○ normal ○ Kontrolle
- Kommentar:

  **Zeitgerechte Entwicklung:** ○ ja ○ nein ○ Kontrolle

**b)**

- Kopf:
  - Ventrikelaußfälligkeiten: ○ ja ○ nein
  - Auffälligkeiten der Kopfform: ○ ja ○ nein
  - Darstellbarkeit des Kleinhirns: ○ ja ○ nein

- Hals und Rücken:
  - Unregelmäßigkeiten der dorsalen Hautkontur: ○ ja ○ nein

### III. Screening 28 + 0 bis 31 + 6 SSW

- Einling: ○ ja ○ nein
- Kindslage: ○ ja ○ nein
- Herzaktion: ○ ja ○ nein
- Plazentalok./-struktur: ○ normal ○ Kontrolle
- Kommentar:

  **Zeitgerechte Entwicklung:** ○ ja ○ nein ○ Kontrolle
### UNTERSUCHUNGEN

(z.B. Ergebnisse aus vorausgegangener Ultraschalluntersuchung)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zeitgerechte Entwicklung:</th>
<th>FS</th>
<th>SSL</th>
<th>BPD</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>○ ja ○ nein ○ Kontrolle</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Konsiliaruntersuchung veranlasst:</th>
<th>FS</th>
<th>SSL</th>
<th>BPD</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>○ nein ○ ja</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Bemerkungen:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Thorax:</th>
<th>BPD</th>
<th>FOD/KU</th>
<th>ATD</th>
<th>APD/AU</th>
<th>FL</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Auffällige Herz/Thorax-Relation (Blickdiagnose)</td>
<td>○ ja ○ nein</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Linkss seitige Herzposition</td>
<td>○ ja ○ nein</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Persistierende Arrhythmie im Untersuchungszeitraum</td>
<td>○ ja ○ nein</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Darstellbarkeit des Vier-Kammer-Blicks</td>
<td>○ ja ○ nein</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Bemerkungen:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Rumpf:</th>
<th>BPD</th>
<th>FOD/KU</th>
<th>ATD</th>
<th>APD/AU</th>
<th>FL</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Konturunterbrechung an der vorderen Bauchwand</td>
<td>○ ja ○ nein</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Darstellbarkeit des Magens im linken Oberbauch</td>
<td>○ ja ○ nein</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Darstellbarkeit der Harnblase</td>
<td>○ ja ○ nein</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich</th>
<th>BPD</th>
<th>FOD/KU</th>
<th>ATD</th>
<th>APD/AU</th>
<th>FL</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fruchtwassermenge:</td>
<td>○ nein ○ ja</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>körperl. Entwicklung:</td>
<td>○ nein ○ ja</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Konsiliaruntersuchung veranlasst:**

| ○ nein ○ ja |

**Bemerkungen:**

Biometrie II

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich</th>
<th>BPD</th>
<th>FOD/KU</th>
<th>ATD</th>
<th>APD/AU</th>
<th>FL</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fruchtwassermenge:</td>
<td>○ nein ○ ja</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>körperl. Entwicklung:</td>
<td>○ nein ○ ja</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Konsiliaruntersuchung veranlasst:**

| ○ nein ○ ja |

**Bemerkungen:**

Biometrie III
Ultraschall-Kontrolluntersuchungen nach Anlage 1 b
zu den Mutterschafts-Richtlinien
(Datum, Indikation zur Untersuchung, Befunde, Kommentar,
Untersucher/Stempel)
Normkurven für den fetalen Wachstumsverlauf

SSL = Scheitel-Steiß-Länge (nach Rempen 1996)
BPD = Biparietaler Kopfdurchmesser (außen-außen)
ATD = Abdominaler Transversaldurchmesser
      (außen-außen) (nach Merz u. Wellek 1966)
Weiterführende Ultraschall-Untersuchungen zur Abklärung und Überwachung pathologischer Befunde nach Anlage 1 c zu den Mutterschafts-Richtlinien (Datum, Indikation zur Untersuchung, Befunde, Kommentar, Untersucher/Stempel)

Dopplersonographische Untersuchungen nach Anlage 1 d (Datum, Indikation zur Untersuchung, Befunde, Kommentar, Untersucher/Stempel)
Abschluss-Untersuchung/Epikrise

Schwangerschaft

Alter

Schwangerschaft
(mit dieser)

Geburten
(mit dieser)

Erst-Untersuchung
in SSW

Anzahl der
Vorsorge-
Untersuchungen

vor Entbindung
in Klinik
vorgestellt

stat. Aufenthalt
ante partum
in Wochen

Nach Katalog A/B (Seite 5 und 6) dokumentierte wichtigste Risikonummern

Datum

SSW

extern entbunden

ja

Lebendgeburt

Geschlecht

m w unbestimmt

Geburtsmodus


Kindslage

SL BEL QL

Gewicht

Länge/Kopfumfang

/

/

/

/

Apgar-Zahl 5'/10'

ja nein

ja nein

pH-Wert (Nabelarterie)

ja nein

ja nein

aufällige Fehlbildung

Besonderheiten

Wochenbett normal

ja nein

ja nein

gyn. Befund normal

ja nein

ja nein

Hb

RR

Anti-D-Prophylaxe

beratung über ausreichende Jodzufuhr

während der Stillzeit erfolgt

ja nein

Besonderheiten (s. a. S. 16)

Wochenbett

Blutgruppe und
Untergruppen
(nur bei RH neg.-
Mutter; kein Ausweis!)
direkter Coombstest

Kind unauffällig entl. am

Kind verlegt am

Besonderheiten beim Kind

Datum der Entlassungsuntersuchung

Unterschrift/Stempel
<table>
<thead>
<tr>
<th>Besonderheiten im Wochenbett</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>--</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>gynäkol. Befund unauffällig</th>
<th>ja</th>
<th>nein</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>RR</th>
<th>/</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Urin</th>
<th>Z pos.</th>
<th>E pos.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Besonderheiten</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>--</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Mutter stillt</th>
<th>hat nicht gestillt</th>
<th>hat abgestillt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>2. Untersuchung nach Entbindung (etwa 6. bis spätestens 8. Woche)</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>--</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kind: U 3 durchgeführt</th>
<th>lebt und ist gesund</th>
<th>ist fl. U 3 behandlungsbedürftig</th>
<th>ist verstorben am</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ja</td>
<td>ja</td>
<td>ja</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Weitere Schwangerschaft
Stempel des Arztes/der Klinik/der mitbetreuenden Hebamme

<table>
<thead>
<tr>
<th>1</th>
<th>2</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Mein nächster Untersuchungstermin:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tag</th>
<th>Uhrzeit</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tag</th>
<th>Uhrzeit</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Name: ____________________________________________
Vorname: _________________________________________ geb. am: ____________________________
Wohnort: _______________________________________

Bei Namensänderung: 
Name: _________________________________________
Wohnort: _______________________________________

---

**Laboruntersuchungen und Rötelnenschutz**

**Blutgruppenzugehörigkeit**
(s. auch Seite 2)

<table>
<thead>
<tr>
<th>ABO</th>
</tr>
</thead>
</table>

RhD-Status der Schwangeren,
RhD-positiv/RhD-negativ *)

* ) RhD-positiv bzw. RhD-negativ wörtlich eintragen

Diese Eintragungen entbinden den
behandelnden Arzt nicht von seiner
Sorgfaltspflicht (z.B. Kreuzprobe)

Datum der
Untersuchung: ________________________

Protokoll-Nr. des
Laboratoriums: ________________________

---

**Antikörper-Suchtest**

negativ □ positiv, Titer 1: ____________

Datum der
Untersuchung: ________________________

Protokoll-Nr. des
Laboratoriums: ________________________

---

**Röteln-Impfung**

Nachweis über zwei erfolgte Röteln-
impfungen liegt vor:  ja □ nein □

**Röteln-Antikörper-Messung**

negativ □ positiv, Titer 1: ____________

bzw. □ IE/ml: ________________________

Immunität anzunehmen  ja □ nein □

Datum der
Untersuchung: ________________________

Protokoll-Nr. des
Laboratoriums: ________________________

ggf. ergänzende serologische Unter-
suchungen: ________________________

---

**Influenza-Impfung in der Schwangerschaft**

ja □ nein □

**Pertussis-Impfung in der Schwangerschaft**

ja □ nein □

---

Stempel des Arztes

Unterschrift des Arztes
Nachweis von Chlamydia trachomatis-DNA aus einer Urinprobe mittels Nukleinsäure-amplifizierendem Test (NAT)

negativ [ ] positiv [ ]

Datum der Untersuchung: ____________________

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: ____________________

LSR durchgeführt

am: ____________________

Protokoll-Nr.: ____________________

Stempel und Unterschrift des Arztes

(ggf. Ergebnisse weiterer serologischer Untersuchungen siehe Seite 20)

Antikörper-Suchtest-Kontrolle

negativ [ ] positiv, Titer 1: ____________________

Datum der Untersuchung: ____________________

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: ____________________

Antikörper-Suchtest-Kontrolle

negativ [ ] positiv, Titer 1: ____________________

Datum der Untersuchung: ____________________

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: ____________________

Röteln-Antikörpertest-Kontrolle

(vgl. Abschnitt C Nr. 1 der Mutterschafts-Richtlinien)

negativ [ ] positiv, Titer 1: ____________________

bzw. [ ] IE/ml: ____________________

Datum der Untersuchung: ____________________

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: ____________________

ggf. ergänzende serologische Untersuchungen: ____________________

Nachweis von HBs-Antigen aus dem Serum

negativ [ ] positiv [ ]

Datum der Untersuchung: ____________________

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: ____________________

Stempel und Unterschrift des Arztes

Stempel und Unterschrift des Arztes
Bestimmung des fetalen RHD-Status bei RhD-negativen Schwangeren mittels NIPT-RHD

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum der Untersuchung:</th>
<th>Protokoll-Nr. des Laboratoriums:</th>
</tr>
</thead>
</table>

*) RHD-positiv bzw. RHD-negativ wörtlich eintragen

Stempel und Unterschrift des Arztes

Angaben zu vorangegangenen Schwangerschaften

<table>
<thead>
<tr>
<th>Jahr</th>
<th>Ausgang der Schwangerschaften und Geburten (Spontangeburt, Sectio, vag. Operation, Abort, Abruptio, EU, Schwangerschaftsdauer in Wochen, Geburtsverlauf, Komplikationen, Kindsgewicht, Geschlecht):</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Beratung der Schwangeren

a) Ernährung (u.a. Jodzufuhr), Medikamente, Genussmittel (Alkohol, Tabak und andere Drogen) □
b) Tätigkeit/Beruf, Sport, Reisen □
c) Risikoberatung □
d) Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik □
e) Krebsfrüherkennungsuntersuchung □
f) Zum HIV-Antikörpertest
   • HIV-Antikörpertest durchgeführt: ja □ nein □
g) Zur Mundgesundheit □
Alter _______ Jahre Gewicht vor SS-Beginn _______ kg Größe _______ cm
Gravida _______ Para _______

A. Anamnese und allgemeine Befunde/Erste Vorsorge-Untersuchung
(s. auch Seite 5)

1. Familiäre Belastung (z.B. Diabetes, Hypertonie, Fehlbildungen,
genetische Krankheiten, psychische Krankheiten ________________)
   ja □ nein □
2. Frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber,
   Nieren, ZNS, Psyche) ggf. welche ____________________________
   □ □
3. Blutungs-/Thromboseneigung
   □ □
4. Allergie, z.B. gegen Medikamente __________________________
   □ □
5. Frühere Bluttransfusionen
   □ □
6. Besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche)
   □ □
7. Besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtsch. Probleme)
   □ □
8. Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangegangenen Schwangerschaften)
   □ □
9. Diabetes mellitus
   □ □
10. Adipositas
    □ □
11. Kleinwuchs
    □ □
12. Skelettanomalien
    □ □
13. Schwangere unter 18 Jahren
    □ □
14. Schwangere über 35 Jahren
    □ □
15. Vielgebärende (mehr als 4 Kinder)
    □ □
16. Zustand nach Sterilitätsbehandlung
    □ □
17. Zustand nach Frühgeburt (vor Ende der 37. SSW)
    □ □
18. Zustand nach Mangelgeburt
    □ □
19. Zustand nach 2 oder mehr Fehlgeburten/Abbrüchen
    □ □
20. Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese
    □ □
21. Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen
    ggf. welche ____________________________ □ □
22. Komplikationen post partum
    ggf. welche ____________________________ □ □
23. Zustand nach Sectio
    □ □
24. Zustand nach anderen Uterusoperationen
    ggf. welche ____________________________ □ □
25. Rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr)
    □ □
26. Andere Besonderheiten
    ggf. welche ____________________________ □ □

Nach ärztlicher Bewertung des Kataloges A liegt bei der Erstuntersuchung ein Schwangerschaftssubstanz vor □

Besonderheiten

23
B. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf

27. Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen, ggf. welche ________________

28. Dauermedikation
29. Abusus
30. Besondere psychische Belastung
31. Besondere soziale Belastung
32. Blutungen vor der 28. SSW
33. Blutungen nach der 28. SSW
34. Placenta praevia
35. Mehrlingsschwangerschaft
36. Hydramnion
37. Oligohydramnion
38. Terminunklärheit
39. Placenta-Insuffizienz
40. Isthmozervikale Insuffizienz
41. Vorzeitige Wehentätigkeit
42. Anämie

43. Harnwegsinfektion
44. Indirekter Coombstest positiv
45. Risiko aus anderen serologischen Befunden
46. Hypertonie (Blutdruck über 140/90)
47. Pathologische Eiweißausscheidung
48. Mittelgradige – schwere Ödeme
49. Hypotonie
50. Gestationsdiabetes
   • Vorsteil durchgeführt: ja/nein
   • Diagnostest durchgeführt: ja/nein
   auffällig: ja/nein
51. Einstellungsanomalie
52. Andere Besonderheiten
   ggf. welche ________________

Terminbestimmung

Zyklus __________ / __________
Letzte Periode ______________
Konzeptionstermin (soweit sicher): ______________
Schwangerschaft festgestellt am: __________ in der __________ SSW

Berechneter Entbindungstermin:

Entbindungstermin (ggf. nach Verlauf korrigiert):

Kommentar
# Gravidogramm

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum</th>
<th>Schwangerschaftswoche</th>
<th>SSW ggf. Kor.</th>
<th>Fundusstand</th>
<th>Symphys</th>
<th>Fundusabstand</th>
<th>Kindslage</th>
<th>Herzlage</th>
<th>Kriechbewegung</th>
<th>Odeme</th>
<th>Verkalkungen</th>
<th>Gewicht</th>
<th>RR</th>
<th>syst./diast.</th>
<th>Hb (Eryl)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Zweiter Ak-Suchtest (24.-27. SSW) am: ________
Anti-D-Prophylaxe (28.-30. SSW) am: ________
<table>
<thead>
<tr>
<th>Erw.</th>
<th>Zuck.</th>
<th>Vaginale Untersuchung</th>
<th>Reaktion nach Katalog B</th>
<th>Sonstiges/Therapie/Maßnahmen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
BESONDERHEITEN ZU DEN KATALOGEN A. UND B.
(einschließlich veranlasster Maßnahmen)

Stationäre Behandlung während der Schwangerschaft

<table>
<thead>
<tr>
<th>von/bis</th>
<th>Klinik</th>
<th>Diagnose</th>
<th>Therapie</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Cardiotokographische Befunde

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum</th>
<th>Rechn. SSW</th>
<th>Beurteilung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### ULTRASCHALL-Untersuchung

#### I. Screening 8 + 0 bis 11 + 6 SSW

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum</th>
<th>SSW (LR)</th>
<th>SSW korrigiert</th>
<th>Intrauteriner Sitz:</th>
<th>Embryo darstellbar:</th>
<th>Herzaktion:</th>
<th>Mehrlinge:</th>
<th>monochorial:</th>
<th>Auffälligkeiten:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>○ ja</td>
<td>○ ja</td>
<td>○ ja</td>
<td>○ nein</td>
<td>○ nein</td>
<td>○ ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>○ Kontrolle</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### II. Screening 18 + 0 bis 21 + 6 SSW

**a)**

- **Einling:** ○ ja ○ nein
- **Herzaktion:** ○ ja ○ nein
- **Plazentalok.-struktur:** ○ normal ○ Kontrolle

**Kommentar:**

- **Zeitgerechte Entwicklung:** ○ ja ○ nein ○ Kontrolle

**b)**

- **Kopf:**
  - Ventrikelaußählungen ○ ja ○ nein
  - Auffälligkeiten der Kopfform ○ ja ○ nein
  - Darstellbarkeit des Kleinhirns ○ ja ○ nein

- **Hals und Rücken:**
  - Unregelmäßigkeiten der dorsalen Hautkontur ○ ja ○ nein

#### III. Screening 28 + 0 bis 31 + 6 SSW

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum</th>
<th>SSW (LR)</th>
<th>SSW korrigiert</th>
<th>Einling:</th>
<th>Kindslage:</th>
<th>Herzaktion:</th>
<th>Plazentalok.-struktur:</th>
<th>Kommentar:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>○ ja</td>
<td>○ ja</td>
<td>○ ja</td>
<td>○ normal</td>
<td>○ Kontrolle</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- **Zeitgerechte Entwicklung:** ○ ja ○ nein ○ Kontrolle
# UNTERSUCHUNGEN

(z.B. Ergebnisse aus vorausgegangener Ultraschalluntersuchung)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zeitgerechte Entwicklung:</th>
<th>FS</th>
<th>SSL</th>
<th>BPD</th>
<th>Biometrie I</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐ ja ☐ nein</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Kontrolle</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Konsiliaruntersuchung veranlasst:</th>
<th>☐ nein ☐ ja</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Thorax:</th>
<th>BPD</th>
<th>FOD/KU</th>
<th>ATD</th>
<th>APD/AU</th>
<th>FL</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Auffällige Herz/Thorax-Relation</td>
<td>☐ ja</td>
<td>☐ nein</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Blickdiagnose)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Linksseitige Herzposition</td>
<td>☐ ja</td>
<td>☐ nein</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Persistierende Arrhythmie</td>
<td>☐ ja</td>
<td>☐ nein</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>im Untersuchungszeitraum</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Darstellbarkeit des Vier-Kammer-</td>
<td>☐ ja</td>
<td>☐ nein</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Blicks</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Rumpf:</th>
<th>BPD</th>
<th>FOD/KU</th>
<th>ATD</th>
<th>APD/AU</th>
<th>FL</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Konturunterbrechung an der vorderen Bauchwand</td>
<td>☐ ja</td>
<td>☐ nein</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Distinktion des Magens</td>
<td>☐ ja</td>
<td>☐ nein</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>im linken Oberbauch</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Darstellbarkeit der Harnblase</td>
<td>☐ ja</td>
<td>☐ nein</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kontrollbedürftige Befunde</th>
<th>BPD</th>
<th>FOD/KU</th>
<th>ATD</th>
<th>APD/AU</th>
<th>FL</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fruchtwassermenge:</td>
<td>☐ nein ☐ ja</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>körperl. Entwicklung:</td>
<td>☐ nein ☐ ja</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Konsiliaruntersuchung veranlasst:</th>
<th>☐ nein ☐ ja</th>
</tr>
</thead>
</table>

Bemerkungen: Biometrie II

Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich

Bemerkungen: Biometrie III
Ultraschall-Kontrolluntersuchungen nach Anlage 1 b
zu den Mutterschafts-Richtlinien
(Datum, Indikation zur Untersuchung, Befunde, Kommentar, Untersucher/Stempel)
Normkurven für den fetalen Wachstumsverlauf

SSL = Scheitel-Steiß-Länge (nach Rempen 1996)
BPD = Biparietaler Kopfdurchmesser (außen-außen)
ATD = Abdominaler Transversaldurchmesser
(außen-außen) (nach Merz u. Wellek 1996)
Weiterführende Ultraschall-Untersuchungen zur Abklärung und Überwachung pathologischer Befunde nach Anlage 1 c zu den Mutterschafts-Richtlinien
(Datum, Indikation zur Untersuchung, Befunde, Kommentar, Untersucher/Stempel)

Dopplersonographische Untersuchungen nach Anlage 1 d
(Datum, Indikation zur Untersuchung, Befunde, Kommentar, Untersucher/Stempel)
Abschluss-Untersuchung/Epikrise

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schwangerschaft</th>
<th>Geburten</th>
<th>Erst-Untersuchung in SSW</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Schwangerschaft (mit dieser)</td>
<td>Geburten (mit dieser)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl der Vorsorge-Untersuchungen</td>
<td>vor Entbindung in Klinik vorgestellt</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>stat. Aufenthalt ante partum in Wochen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Nach Katalog A/B (Seite 21 und 22) dokumentierte wichtigste Risikonummern

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum</th>
<th>SSW</th>
<th>extern entbunden</th>
</tr>
</thead>
</table>

Lebendgeburt: ja/nein
Geschlecht:
- m
- w
- unbestimmt

Geburtsmodus:
- sp
- S

Kindslage: SL BEL QL
Gewicht
Länge/Kopfmfang / cm
Apgar-Zahl 5'/10'
- ja
- nein
pH-Wert (Nabelarterien)
auffällige Fehlbildung
Besonderheiten

<table>
<thead>
<tr>
<th>Wochenbett normal</th>
<th>gyn. Befund normal</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ja/nein</td>
<td>ja/nein</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Hb
Anti-D-Prophylaxe ja/nein
Beratung über ausreichende Jodzufuhr während der Stillzeit erfolgt

Besonderheiten (s. a. S. 32)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Wochenbett</th>
<th>1. Kind</th>
<th>2. Kind (Zwillling)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Blutgruppe und Untergruppen (nur bei RH neg.-Mutter, kein Ausweis!)</td>
<td>A</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>direkter Coombstest</td>
<td>Rh pos.</td>
<td>Rh neg.</td>
</tr>
<tr>
<td>Kind unauffällig entl. am</td>
<td>neg.</td>
<td>pos.</td>
</tr>
<tr>
<td>Kind verlegt am</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Besonderheiten beim Kind

Datum der Entlassungsuntersuchung
Unterschrift/Stempel
Besonderheiten im Wochenbett

Gynäkol. Befund unauffällig

ja  nein

Hb

RR

Ja

Urin

Z pos.  E pos.

Besonderheiten

Mutter stillt

hat nicht gestillt

hat abgestillt

Kind: U 3 durchgeführt

lebt und ist gesund

ist ft. U 3 behandlungsbedürftig

ist verstorben am

1. Kind

ja  nein

2. Kind (Zwilling)

ja  nein

ja  nein

ja  nein

Untersuchungsdatum

Unterschrift/Stempel
HINWEIS AN DIE MUTTER

Nach Schwangerschaft und Geburt beginnt für Sie zwar wieder der Alltag mit neuen Aufgaben, beachten Sie aber bitte Folgendes:

○ Gehen Sie etwa 6–8 Wochen nach der Entbindung zur Nachuntersuchung
  (Mutterpass nicht vergessen!)
○ Nutzen Sie alle Kinder-Früherkennungsuntersuchungen (U2 – U9)
  beim Kinder- oder Hausarzt
  (Gelbes Kinder-Untersuchungsheft nicht vergessen!)

praxisdrucksachen.shop

Bildnachweis: Adobe Stock
Während der Schwangerschaft sollten Sie Ihren Mutterpass immer bei sich haben und zu jeder ärztlichen Untersuchung mitbringen, insbesondere auch zur Entbindung. Ihr Mutterpass gehört zu den Dokumenten, die Sie immer sorgfältig aufbewahren sollten.